ISSN 0044-4588

ЖУРНАЛ НЕВРОПАТОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ

имени С. С. Корсакова



ТОМ LXXX

ВЫПУСК

2

МЕДИЦИНА ~ 1980 ~ МОСКВА

Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова, 1980, т. LXXX, вып. 2, 161—320

пии длительностью не менее 45 дней в стационаре с последующим регулярным проведением противорецидивных курсов в амбулатории в течение 2—3 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Энтин Г. М.* — Ж. невропатол. и психиатр., 1970, № 5, с. 743—750.
2. *Сырейщиков В. В.*—В кн.: Профилактика, клиника, лечение алкоголизма и наркоманий, организация наркологической помощи. М., 1977, с. 284—289.
3. *Молохов А. Н., Рахальский Ю. Е.* Хронический алкоголизм. М., 1959.
4. *Сырейщиков В. В.* Алкогольные психозы по данным эпидемиологического исследования. Автореф. дис. докт. Ярославль, 1975.
5. *Портнов А. А.*, Алкоголизм. М., 1962.
6. *Банщиков В. М., Короленко Ц. П.* Алкоголизм и алкогольные психозы. М., 1968.

Поступила 3/V 1979 г.

УДК 616.89-008.441.13-053.7-036.1-07

А. Ф. Артемчук

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРЕКЛИНИЧЕСКИХ И КЛИНИЧЕСКИХ ЭТАПОВ АЛКОГОЛИЗМА У ЛИЦ ЮНОШЕСКОГО И МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ПО МАТЕРИАЛАМ MMRI, МЕДИКО-СОЦИАЛОГИЧЕСКОГО И КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЙ

Отделение наркологии Харьковского научно-исследовательского института неврологии и психиатрии (дир.— проф. П. В. Волошин)

Summary: Altogether 360 students from vocational schools and 100 alcoholic patients (young workers) were examined. According to the clinical criteria 3 groups of students were distinguished: 1) those who drank episodically; 2) those who drank systematically without signs of alcoholism; 3) those who drank systematically with symptoms of alcoholism. Statistically significant differences between these groups were found, as well as in groups of patients, who were treated in hospitals. The differences were mainly related to microsocial, psychological and biological characteristics. In compliance with clinical studies, statistical analysis of frequency distributions of individual responses to MPI scales by groups and character of pair correlations, further distinctions were made according to the criteria «internal unadjustment» (Scale 94 IN). This made it possible to detect supplementary characteristics of the group and to increase the significance of the differences. It was demonstrated that the MMPI may have a supplementary diagnostic importance in conducing epidemiological studies. The revealed characteristics and differences between groups may have a prognostic value and determine approaches to the treatment of alcoholic patients as well as preventive measures.

Анализ показателей работы амбулаторных и стационарных наркологических учреждений показывает, что значительную часть выявляемых больных хроническим алкоголизмом в выраженных стадиях заболевания, когда терапевтическое воздействие по ряду причин оказывается малоэффективным, составляют лица молодого возраста [1]. Изучение факторов предиспозиции [2] и клинических особенностей инициальных стадий алкоголизма в различных группах населения имеет большое значение для разработки действенных мер ранней направленной профилактики этой патологии. Определенное значение приобретают такие исследования в учреждениях системы профтехобразования (ПТУ). В профессионально-технических училищах обучаются и получают профессию свыше 2 млн. юношей и девушек [3]. Возрастные особенности (пубертатный криз, повышенная социальная контагиозность, недостаточность механизмов самоконтроля и др.) позволяют рассматривать избранные контингенты как уязвимые в плане развития алкоголизма.

Настоящая работа основывается на результатах медико-социологического, психологического и клинического изучения 360 учащихся двух профтехучилищ и 100 больных алкоголизмом, поступивших на стационарное лечение. Задача исследования состояла в изучении личностных характеристик, установлении характера и степени различий между обследованными учащимися и больными, леченными в стационаре, дифференцировке преморбидных характерологических особенностей со специфическими личностными изменениями, развивающимися на различных этапах алкоголиз-

ма. В исследовании использовались брошюрный вариант методики MMRI, более удобный для массовых исследований [4], а также анкетирование по специально разработанной карте [5].

На основании клинического анализа из числа учащихся ПТУ были выделены три группы: 1-я — эпизодически пьющие, 2-я — пьющие регулярно, но не обнаруживающие признаков алкоголизма, 3-я — регулярно пьющие с проявлениями алкоголизма. 4-ю группу составили больные алкоголизмом, леченные в стационаре.

Одновременно обследовали не более 10 человек. Заполнение бланков проводилось в 2—3 приема.

Статистическая обработка полученных материалов произведена на ЭВМ «Наири»-2М, М-6000. На этапе предварительной обработки индивидуальных бланков MMRI получены цифровые значения для каждого обследованного по 200 шкалам. По 45 шкалам вычислены средние значения, среднеквадратичные отклонения и коэффициенты парных корреляций в каждой из выделенных групп.

При анализе материалов анкетирования выявлено значимое учащение ($P<0,01—<0,001$) ряда биологических преморбидных факторов в 4-й группе — леченных в стационаре по сравнению с 1-й группой: отягощенной алкоголизмом и психическими заболеваниями наследственности, большого процента черепно-мозговых травм в детстве и юности, «невропатичности» развития и др. В 3-й группе — регулярно пьющих учащихся с проявлениями алкоголизма,— несмотря на отсутствие объективного анамнеза по всей выборке учащихся, также обнаружена тенденция к повышению частоты ряда отмеченных выше факторов.

При обследовании матерей выявлена большая частота и других патогенетических факторов у представителей 4-й группы: патология беременности (46,5%), патология родов (53,5%), синдром заторможенности или возбуждения в первые месяцы жизни (47,8), соматическая патология первых лет жизни (79%). В большинстве случаев отмечается сочетанный характер травмирующих воздействий по типу «второго» удара. Отмеченная патология не выявлена лишь в 12% случаев. Вызывая раннюю церебральную патологию, задержки и отклонения соматопсихического развития, длительные астенические состояния, эти факторы, по-видимому, оказывают существенное влияния на формирование предрасположения к алкоголизму.

Выявлено значимое различие между 3-й и 1-й, 4-й и 1-й группами и по некоторым особенностям микросоциальной среды, которая является «определяющим фактором в развитии и распространенности алкоголизма» [6]. Как известно, условия микросоциальной среды могут действовать либо в плане компенсации тех или иных отклонений развития, либо в случае неблагополучия усугублять их проявления и вызывать состояние декомпенсации. Конфликтные отношения в семье, алкоголизм отца, ранняя безнадзорность, привычное употребление алкоголя с подросткового возраста, регулярные выпивки ближайших товарищей установлены в 2—4 раза чаще в 3-й и 4-й группах по сравнению с первыми двумя ($P<0,05—<0,001$).

У значительной части обследованных 3-й и 4-й групп обнаружены некоторые общие особенности школьного периода: неуспеваемость, особенно по точным предметам, недисциплинированность, срыв и пропуски уроков, побеги из дома, курение, повышенная возбудимость, затрудненность социальных контактов и др. Развитие этих особенностей после 4—5-го классов и характер проявления позволяют квалифицировать их как школьную декомпенсацию и дезадаптацию (I этап общей декомпенсации личности).

Неблагополучная микросоциальная среда, применение грубых мер административно-педагогического воздействия и воспитания без учета конкретных причин отклонений в ряде случаев способствовали выработке активного негативизма, протеста, конфликтности, фиксации неправильных форм поведения, достигающих степени патохарактерологического развития. Реальные ценности подросткового и юношеского возраста в этих случаях очень быстро отступали на второй план, а на первый под воздействием

нарушенных форм самоутверждения выступали ценности, ранее несвойственные им.

Имеются данные, что многие дети рано узнают вкус спиртного. В. В. Нагаев [7] на большой группе больных алкоголизмом установил, что средний возраст их знакомства с алкоголем составляет 15,4 года. По материалам нашего обследования, он составляет по группам 13,6, 12,3, 11,8 и 12,6 года. Интересен тот факт, что у значительной части обследованных 3-й и 4-й групп отсутствовало «физиологическое» отвращение к алкоголю при первых употреблениях. Они быстро теряли контроль над дозой выпитого. У этих же учащихся отмечалась и амнезия периода опьянения. Средний возраст систематического употребления алкоголя во 2, 3 и 4-й группах составил 15,5, 15,4 и 18,4 года.

В группу леченных в стационаре (4-ю) вошли больные с выраженными формами алкоголизма (I стадия — у 10%, II — у 62,9%, III — у 27,1%). Поступили на лечение впервые 51,4% больных. Привычное употребление суррогатов (одеколон, денатурат и др.) установлено в половине случаев. Около 85% больных выпивают почти ежедневно. Большинство обследованных в пьяном состоянии были злобными, агрессивными, теряли самоконтроль. Реже отмечались ипохондричность, пассивность, тревожно-депрессивный синдром. Уже на этапе систематизации приема алкоголя $^2/_3$ больных попадали в милицию и вытрезвители, 19% были осуждены, около 35% совершали суицидальные попытки. Треть обследованных не работали свыше месяца, больше половины указывают на случайный и вынужденный характер выбора профессии.

Основные характерологические типы (тип акцентуации) по группам выявлены с помощью методики аутоидентификации [8].

Сравнительный анализ средних значений основных клинических шкал MMPI с помощью критерия Стьюдента свидетельствует об отсутствии различий между выделенными группами по шкалам: OSI («социальная интраверсия»), 3HY («конверсионная истерия»), 5MF («мужские интересы»), 6PA («паранойя»).

Между группами учащихся по всем клиническим шкалам статистически достоверных различий не выявлено. Очевидно, эти шкалы являются либо слишком грубыми в плане выявления ранних форм алкоголизма и связанных с ними установочных, личностных и поведенческих изменений, либо требуют проведения более детального анализа (например, анализа индивидуальных профилей MMPI), чем сравнение средних величин.

По шкалам 4PD («асоциальная психопатия»), 7PT («психастения»), 9MA («гипомания») обнаружено значимое повышение средних значений в группе леченных в стационаре по сравнению с группами учащихся. Эти шкалы могут быть использованы для определения тяжести заболевания (стадии) и характера дефекта.

Произведен анализ 35 дополнительных шкал, которые, по нашим и литературным [6] данным, более чувствительны в плане выявления личностных изменений, характерных для начальных этапов алкоголизма. Сравнение средних значений дополнительных шкал с помощью критерия Стьюдента позволило установить достоверные различия между группами. Значимое снижение шкалы 171R («второй фактор») во 2-й группе свидетельствует о повышении таких особенностей, как грубоватость, дерзость, разговорчивость, властность, импульсивность, у части обследованных этой группы [6]. Это вполне согласуется с их лидерским положением в учебной группе и подтверждается данными учебных характеристик.

Снижение средних значений шкал 173 RE («социальная ответственность»), 60EO («совесть») и повышение значения шкалы 52 DG («преступность») в 3-й группе характеризуют начальные формы алкоголизма, когда они, как правило, еще не диагностируются, но уже проявляются нарушением принятых социальных норм и потерей самоконтроля. Изменения этих шкал свидетельствуют о выработке новых, алкогольных установок и новых, искаженных критериев их оценки. Внешне это проявляется в лживости, снижении чувства ответственности, асоциальности, конфликт-

ности, уходе от жизни коллектива. Наряду с этим учащиеся 3-й группы отличаются от учащихся 2-й значимым повышением значений шкал 134 NU («невротический недоконтроль»), 10 AM («алкоголизм») и снижением значений шкалы 49 DO («доминирование»), что также характеризует специфические проявления начальных этапов алкоголизма. Обследованные 4-й группы отличаются от обследованных 1-й группы почти по всем дополнительным шкалам. Для них специфичны личностные изменения, свидетельствующие о состоянии выраженной декомпенсации с невротизацией и уходом от действительности, асоциальными тенденциями и общим снижением личности (II этап общей декомпенсации личности).

Отсутствие различия между 3-й и 4-й группами по ряду шкал свидетельствует о том, что алкоголь обладает уравнивающим, «стандартизирующим» действием на пьющих. Уже в начальных стадиях алкоголизма (3-я группа) у большинства обследованных проявляются те центральные «осевые» симптомы и синдромы, которые прослеживаются на всех этапах заболевания, подвергаясь только количественному росту или снижению. К ним относятся ухудшение социальных контактов и идентификации поведения по принятым социальным нормам, общее снижение личности, рост тревожности и агрессивности. Снижение числа значимых ответов по шкале лжи соответствует о большей откровенности по мере развития алкоголизма (патологическая раскрытость).

Применение дополнительных шкал, таким образом, также не позволяет достаточно четко различать группы учащихся.

Данные клинического наблюдения свидетельствуют, что в каждой из групп представлены лица с некоторыми общими особенностями. Для одних характерны стеничность, самостоятельность, импульсивность (бо́льшая часть). Другие отличаются невропатичностью развития, сензитивностью, зависимостью, обособленностью. Большой разброс числа значимых ответов по шкале внутренней неприспособленности (94 IN) и выраженная корреляционная связь ее с другими шкалами (с 34 шкалами коэффициент парной корреляции более 0,5) подтверждают этот клинический вывод. Нами произведено разделение всех обследованных по шкале 94 IN («внутренняя неприспособленность») с сохранением выделенных групп.

Для обследованных с высокими показателями внутренней неприспособленности характерны некоторые общие особенности. Так, у матерей обследованных установлена большая частота патологии в родах и беременности. С раннего возраста у детей отмечались проявления невропатии, задержка физического и психического развития. В период пубертатного криза имели место тяжкие психологические переживания («не такой, как все», «чувство неполноценности»). После 4—5-го класса имели место явления школьной декомпенсации по пассивному типу: плохая успеваемость, нежелание посещать школу и др. В преморбиде одни были «тихими», зависимыми, сензитивными, замкнутыми с чертами психофизического инфантилизма. В ряде случаев у обследованных выявлены узкие увлечения и интересы. Знакомство с алкоголем произошло под влиянием товарищей. При первых случаях его употребления отмечалась плохая переносимость спиртных напитков. Развитие зависимости было быстрым, течение алкоголизма чрезвычайно злокачественным.

Проведенный анализ средних значений основных и дополнительных шкал MMPI свидетельствует, что обследованные 2-й группы достоверно отличаются от обследованных 1-й повышением значений шкалы 194 SO («социальная желательность») и снижением значений шкал 7 PT («психастения»), 8 SC («шизофрения»), 16 AT («тревожность»), 97 IA («явная тревожность»), 59 EM («эмоциональная незрелость»), 60 EO («совесть»), 70 GM («общая неприспособленность»), 129 NE («невротизм»). Таким образом, для обследованных 2-й группы с высоким уровнем субъективно признаваемой внутренней неприспособленности менее характерны явления тревожности, отгороженности, психастенические и невропатические тенденции, что, вероятно, свидетельствует о компенсаторном воздействии

алкоголя на этапе систематизации выпивок и значительном улучшении приспособительных реакций.

3-я группа отличается от 1-й по меньшему числу шкал, чем 2-я. Происходит достоверное повышение значений шкал 47 DE и 52 DG («преступность»), 69 G («общие изменения личности») и снижение значений шкалы 60 EO («совесть»).

В выраженных стадиях алкоголизма (4-я группа) выявлены достоверные изменения средних значений ряда основных и дополнительных шкал, что свидетельствует о выраженной декомпенсации личности с явлениями отгороженности, неуверенности и тревожной мнительности, психопатизацией и невропатизацией, общим интеллектуально-мнестическим снижением, безволием, чувством вины. Характерным является развитие тревожно-депрессивных и ипохондрических состояний на фоне эйфорической расторможенности и некритичности. Релаксирующее, эмоциотропное действие алкоголя становится непродолжительным, в связи с чем возрастают амплитуда и частота колебаний настроения.

Отличие обследованных 1-й группы от обследованных 3-й группы по меньшему числу шкал, чем от обследованных 2-й группы, свидетельствует о том, что в группу эпизодически пьющих входят как те учащиеся, которые отрицательно относятся к спиртному и воздерживаются от его приема сознательно, так и те, которые не успели «по-настоящему» с ним познакомиться или находятся на этапе такого знакомства. Это подтверждает необходимость выделения лиц с повышенным риском развития алкоголизма, а также проведения с «пока не пьющими» ребятами, особенно с признаками конформности и неустойчивости, самой активной предупреждающей противоалкогольной работы.

Основную массу обследованных с низкими показателями внутренней неприспособленности составили лица, субъективно отрицающие затруднения адаптации. Они характеризуются истероидным и асоциальным поведением в преморбиде. Типичными для них являются упрямство, повышенная возбудимость и в ряде случаев патохарактерологическое развитие. У этих обследованных установлен также довольно высокий процент пре-, пери- и постнатальной патологии. Наряду с этим отмечается большое число черепно-мозговых травм как до систематизации выпивок, так и после. Микросоциальная среда носит выраженный неблагополучный характер: нарушенные межперсональные отношения в родительской семье, ранняя безнадзорность, грубые методы воспитания, выпивки ближайших друзей и т. д. Явления школьной декомпенсации отмечались уже с первых классов и характеризовались недисциплинированностью, случаями срыва уроков, расторможенностью, драками и др. Физическое развитие в большинстве случаев было удовлетворительным. У части обследованных имело место преждевременное половое созревание и раннее начало половой жизни. По характеру они общительны, неустойчивы, импульсивны, безвольны, плохо контролируют свои влечения и поведение, непостоянны и поверхностны в своих увлечениях и отношениях с людьми. Прием алкоголя они рассматривают как необходимое условие приятного времяпрепровождения. Для них характерны очень раннее знакомство с алкоголем с высокой изначальной толерантностью и ранняя систематизация выпивок. У них быстро формируется психологическая зависимость от спиртного, однако клинические проявления алкоголизма обычно обнаруживаются через 3—4 года после систематизации выпивок.

В результате анализа материалов MMPI установлено, что обследованные 2-й группы значимо отличаются от обследованных 1-й повышением средних значений шкал 3 HY («конверсионная истерия»), 5 MF («мужские интересы»), 100 K («коррекция»), 102 L («ложь») и снижением значений шкал 9 MA («гипомания»), 47 DE «(преступность»), 77 HO («агрессивность»). Таким образом, у части обследованных на этапе систематизации выпивок отмечаются заострение истерических личностных особенностей и рост сензитивности. Эти подростки любят быть в центре внимания, занимают престижные должности в учебных группах (старосты, профорги

и др.). Свое поведение, однако, ставят в зависимость от коллектива и преподавателей. Так, признаваясь в стремлении к лидерству, они в то же время отмечают, что легко попадают под влияние товарищей. К регулярному приему спиртных напитков прибегают с целью подтверждения своего положения и зрелости, а не для разрешения затруднений общей адаптации. У другой части обследованных 2-й группы отмечается компенсаторное воздействие алкоголя, что проявляется в снижении агрессивных и преступных тенденций.

Учащиеся 3-й группы отличаются от учащихся 1-й по меньшему числу шкал. Наблюдается значимое повышение шкал 3HY («конверсионная истерия»), 59 ЕМ («эмоциональная незрелость»), 65 F («валидность») и снижение шкалы 60 ЕО («совесть»). В то же время обследованные этой группы отличаются от лиц 2-й группы достоверным повышением значений шкал 8 SC («шизофрения»), 47 DE («преступность»), 58 ЕС («эскапизм»), 134 NU («невротический недоконтроль») и снижением значений шкал 49 DO («доминирование»), 60 ЕО («совесть»), 102 L («ложь»). Вышеприведенные шкальные изменения свидетельствуют о декомпенсирующем влиянии алкоголя на обследованных уже на этапах систематизации выпивок.

Леченные в стационаре отличаются от обследованных 1-й группы достоверным повышением средних значений следующих основных шкал: 2 D («депрессия»), 3 HY («конверсионная истерия»), 4 PD («асоциальная психопатия»), 7 РТ («психастения»), 9 МА («гипомания»). Наряду с этим установлено достоверное изменение ряда дополнительных шкал, свидетельствующее о выраженной декомпенсации личности по психопатоподобному (асоциальному) типу с резким нарушением критики, невротизацией, тревожно-дисфорическими настроениями.

Таким образом, произведенное разделение групп обследованных по критерию внутренней неприспособленности (шкала 94 IN) позволило значительно повысить достоверность различия групп между собой и выявить ряд новых характеристик. Обследованные с высокими и низкими показателями неприспособленности имеют выраженные личностные различия как в преморбиде, так и по мере развития алкоголизма.

Проведенный анализ свидетельствует о большой однородности групп с высоким и неоднородности групп с низким уровнем неприспособленности. Более высокие значения основных и ряда дополнительных шкал в группах с выраженной внутренней неприспособленностью свидетельствуют о более злокачественном течении алкоголизма и выраженных характерологических изменениях у этих обследованных, что подтверждается данными клинического наблюдения.

Выявленные различия между группами могут иметь вспомогательное диагностическое значение при проведении эпидемиологических исследований, использоваться в качестве прогностических критериев, определять тактику при лечении больных алкоголизмом и направленность профилактических мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Рахальский Ю. Е.* — Труды НИИ психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР. М., 1963, т. 38, с. 57.
2. *Портнов А. А., Пятницкая И. Н.* Клиника алкоголизма. Л., 1971, с. 287.
3. *Сероштан Н.* — Ж. Профтех. образование, 1975, № 1, с. 12.
4. *Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Рожанец Р. В.* Методика многостороннего исследования личности. М., 1976.
5. *Артемчук А. Ф.* — В кн.: Неврология и психиатрия. Киев, 1976, вып. 5, с. 148.
6. *Критический анализ некоторых теорий и концепций в медицине буржуазных стран.* Под ред. Г. И. Царегородцева. М., 1972, с. 89.
7. *Нагаев В. В.* — Сов. здравоохр., 1972, № 9, с. 11.
8. *Эйдемиллер Э. Г.* — Труды Ленинградск. НИ психоневрологического ин-та, 1973, т. 65, с. 93.

Поступила 10/I 1978 г.

ационара рассказывали Г. Н. Гновский, Н. Н. Ляхова, Н. К. Суорова, А. В. Федоров и др.

Опытом работы по реабилитации больых в амбулаторных учреждениях поделились М. В. Левина, Д. З. Жарицкая, Л. И. Круглова, Л. Р. аплан. Сообщения Е. С. Аверуха, Ю. М. Данилова, В. С. лаксиной, А. У. Тибиловой др. были посвящены актуальным вопроам реабилитации больных в позднем возасте, Р. М. Войтенко, О. А. Малова и др. — вопросам врачебно-трувой экспертизы и трудоустройства больых с хроническими формами течения псизов.

В прениях *по заслушанным докладам* сообщениям развернулась оживленная искуссия, в ходе которой был уточнен яд положений, касающихся практических организационных вопросов реабилитаии психически больных и намечены дальейшие пути совершенствования этой раоты в психоневрологических учреждениях орода.

С заключительным словом выступила главный психиатр Ленинграда Л. Н. Лежепекова, которая отметила возросший интерес к вопросам реабилитации психически больных, определенный прогресс в этой области в психоневрологических учреждениях города, необходимость координации усилий различных ведомств для преодоления имеющихся еще недостатков.

Таким образом, в ходе конференции были обсуждены актуальные проблемы реабилитации при нервно-психических заболеваниях, ее состояние в учреждениях здравоохранения. Обобщен положительный опыт организации психиатрической службы города и области в решении задач реабилитации и повышения ее эффективности при содружественной работе научно-исследовательского учреждения, кафедр психиатрии, органов здравоохранения и социального обеспечения. В принятых рекомендациях конференции намечен план дальнейших мероприятий по улучшению лечебно-восстановительной (реабилитационной) работы в Ленинграде и области.

В. Д. Стяжкин (Ленинград)

Четвертый конгресс по неврологии, сихиатрии и нейрохирургии в Болгарии остоится в Софии с 3-го по 5-е октября 980 г. В повестку дня его включены ри основные проблемы: 1) эпилепсия,) заболевания периферической нервной истемы, 3) проблемы возрастной сравниельной психиатрии. В дни конгресса состоится симпозиум, посвященный проблемам опухолей передней черепно-мозговой ямки и вопросам общей психопатологии. Для получения дальнейшей информации обращаться к д-ру В. Босневу по адресу I Неврологическая клиника, Медицинская академия, 1431, София (Болгария).

СОДЕРЖАНИЕ

Невропатология

CONTENTS

Neuropathology

Психиатрия | **Psychiatry**

История психиатрии, неврологии — **History of Psychiatry and Neurology**

Обзоры, обсуждения, рецензии — **Surveys, Discussions, Book Reviews**

Некрологи

Информации

Obituaries

Information

Адрес редакции журнала:

117819, ГСП-7, Москва В-246, Научный проезд, 6
издательство «Медицина»

Зав. редакцией *Е. А. Селезнева*

Техн. редактор *Н. А. Шпак* Корректор *Т. Г. Засыпкина*

Сдано в набор 13.12.79. Подписано в печать 14.01.80. Формат 70×108[1]/16
Бумага книжно-журн. Гарнитура литературная Печать высокая Печ. л. 10,00 усл. печ. л. 14,00
Уч.-изд. л. 16,80 Тираж 27612 экз. Цена 60 коп. Заказ 3017

Издательство «Медицина», Москва 101838, Петроверигский пер., 6/8.
Чеховский полиграфический комбинат Союзполиграфпрома
Государственного комитета СССР
по делам издательств, полиграфии и книжной торговли
г. Чехов Московской области